

Sinikka Salmenkylä

Peräaukon tavalliset vaivat

”Pukamavaivat” on arkikielessä synonyymi kaikille peräaukon seudun oireille. Todellisuudessa vain osa oireista johtuu peräpukamista, ja jokainen oireita valittava potilas tulee tutkia vastaanotolla. Diagnoosi selviää useimmiten anamneesin ja proktologisen tutkimuksen perusteella ilman erikoistutkimuksia. Peräsuoliverenvuodon vuoksi tulee aina harkita kolonoskopiaa kasvaimen tai tulehduksellisen suolistosairauden poissulkemiseksi. Peräpukamien lisäksi peräaukon seudun yleisiä oireiden aiheuttajia ovat peräaukon haavauma, fisteli ja ympäröivän ihon sairaudet. Peräpukamien ja haavauman ensisijainen hoito on ulosteen pehmentäminen, ponnistelun välttäminen ulostaessa sekä paikallinen lääkehoito. Peräpukamien ligatuurahoito on kustannustehokas hoito I–III asteen peräpukamiin. Kirurgista hoitoa tarvitsee vain pieni osa oireisista peräpukamista tai peräaukon haavaumasta kärsivistä potilaista.

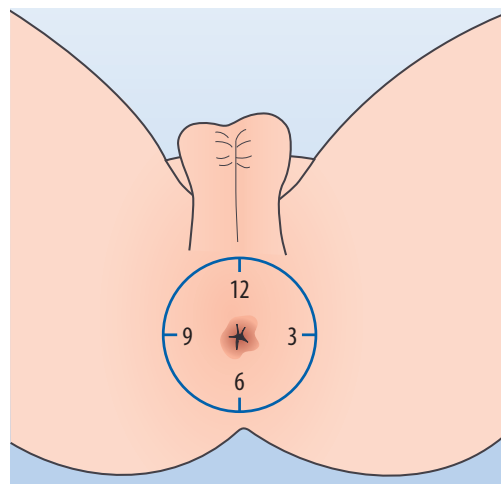
Peräaukkoa ympäröivän ihon punoitus ja pinnalliset ihorikot viittaavat jatkuvaan kosteuteen ja herättävät epäilyn anaali-inkontinenssista tai ajoittain ulos työntyvistä limakalvosta. Ihosairaudet kuten psoriaasi, kontaktiekseema tai valkojäkälä esiintyvät myös peräaukolla.

Tuseeraus kuuluu peräaukon oireiden selvittelyyn yhtä itsestään selvästi kuin nieluun katsominen kurkkukivun yhteydessä. Suomessa on tapana tutkia potilas vasemmassa kylkiasennossa polvet vatsaa vasten vedettynä. Proktologisessa ”kellotaulussa” dorsaalinen suunta on kello 6 ja anteriorinen suunta kello 12 (KUVA 1). Peräaukkokananavan pituus on pitkälläkin ihmisellä vain noin 5 cm, joten alue on helposti tunnusteltavissa. Huomiota kiinnitetään ympäristöstä poikkeaviin kiinteisiin tai aristaviin muutoksiin (1). Kasvainten havaitsemiseen tuseeraaminen on ensisijainen tutkimus, jota proktoskopia ei korvaa. Suomessa vuosittain todetuista 3 300 kolorektaalisyövästä jopa 40 % sijaitsee peräsuolella 15 cm:n etäisyydellä peräaukosta (2). Kaksi kolmesta tällaisesta syöpäkasvaimesta sijaitsee siten sormen ulottuvilla.

Proktoskopia vastaa spaattelin käyttöä nieluun katsottaessa ja kuuluu proktologiseen tut-

kimukseen. Kertakäyttöinen proktoskooppi ja valolähde kuuluvat jokaisen lääkärivastaanoton perusvarustukseen. Kertakäyttöinen valolähteen sisältävä proktoskooppi voi vastaanottohuoneessa olla ergonomisempi ratkaisu, mutta se on hieman kalliimpi. Proktoskopia ei vaadi etukäteisvalmisteluja.

Liukastettu proktoskooppi viedään anaalikanavaan ja vedetään ulos seinämiä tarkastellen. Peräpukamien tai limakalvon työntymistä



KUVA 1. Proktologinen ”kellotaulu”.



alaspäin anaalikanavassa voidaan arvioida pyytämällä potilasta ponnistamaan samalla kun proktoskooppia vedetään hitaasti ulospäin. Proktoskopiassa voidaan nähdä tuseeraten tunnettu poikkeava rakenne kuten anaalipolyyppi, mutta anaalikanavan yläosassa näkyvyys ei ole luotettava.

Oireesta diagnoosiin ja hoitoon

Kova kipu peräaukolla johtuu yleensä joko peräaukon haavaumasta tai trombosoituneesta peräpukamasta.

Peräaukon haavauma aiheuttaa kovaa kipua ulostaessa ja jopa tunteja sen jälkeen. Proktoskopia ei onnistu sulkijalihaksen spasmin ja kivun vuoksi. Peräaukkoa varovaisesti levittämällä haavauman voi kuitenkin nähdä tai tuntea sormen kärjellä.

Trombosoitunut peräpukama tuntuu kiinteänä aristavana pullistumana peräaukolla. Jatkuva särky kestää 1–2 viikkoa, joten oireilun alkuvaiheessa kannattaa tehdä insisio ja trombin poisto. Potilasta ei tarvitse lähettää sairaala-päivystykseen vaan avauksen voi tehdä vastaanottohuoneessa paikallispuudutuksessa. Tarveta rutiinimaiselle seurantakäynnille ei ole.

Koko peräaukon ympärykseltä ulos luiskah-taneet eli inkarseroituneet peräpukamat aiheut-tavat intensiivistä kipua. Potilas lähetetään kir-gurgiseen päivystykseen leikkausharkintaan.

Perianaalipaiseen aiheuttama kipu alkaa vähitellen ja siihen liittyy usein muita tulehdus-oireita kuten punoitusta ja turvotusta iholla sekä myöhemmin kuumetta ja tulehdusarvojen suurenemista. Sulkijalihasten välissä sijaitseva paise voi kuitenkin aiheuttaa kovan kivun ilman muita löydöksiä. Paise-epäilyt ohjataan päivy-sytyspoliklinikkaan.

Verenvuoto. Verenvuoto peräaukosta edel-lyttää aina kolonoskopian tarpeen arvioimista. Verenvuodon laadusta tai määrästä ei vuoto-kohtaa voi varmuudella päätellä. Proktosko-pialla ja tuseeraamalla ylettyy tutkimaan perä-suolen ala- ja keskikolmanneksen, mutta kir-kaskin verenvuoto voi olla lähtöisin peräsuolen yläosan tai koolonin kasvaimesta tai tulehduk-sesta.

TAULUKKO 1. Proktologiassa käytettäviä ex tempore -valmisteita.

Diltiatseemi 2 % voide

Diltiazem.hydrochlorid. 20 mg
Novalan 980 mg
MDS 80 g
Peräaukon haavauman hoitoon 2 kertaa vrk:ssa
peräaukon sisälle

Nifedipiini 0,2 % voide

Nifedipin 60 mg
Macrogol 400 135 mg
Novalan ad 30 g
MDS 60 g
Peräaukon haavauman hoitoon 2 kertaa vrk:ssa
6–8 viikon ajan peräaukon sisälle

Rikki 2 %- Bemetson-voide

Sulfur 2 g
Bemetson 0,1 % crem ad 100 g
MDS
Peräaukkoa ympäröivälle iholle kutiavaan ihottumaan
2 kertaa vrk:ssa 2 viikon ajan

Akuutissa verenvuodossa nähty vuoto kohta anaalihaavaumassa tai peräpukamassa selittää kirkkaan verenvuodon, mutta vuodon lakattua etiologia jää epäselväksi. Tällöin kolonoskopia on tarpeen, jos sitä ei edeltävien kolmen vuo-den aikana ole tehty. Suolen toiminnan muu-tosten puuttuminen tai nuori ikä eivät sulje pois kasvaimen mahdollisuutta.

Kutina. Kutinan taustalla voi alun perin olla ihoalueen jatkuva kosteus lievän anaali-inkonti-nenssin tai ulos työntyvän limakalvon vuoksi. Myös paikallishoitotuotteiden ja pesuaineiden jatkuva käyttö voi johtaa ihon ärtymiseen ja vähitellen jatkuvaan kutinaan. Paksuuntunut ja pinnallisesti haavautunut iho rauhoittuu rikki-kortikoidivoiteella muutamassa viikossa (**TAU-LUKKO 1**). Muiden paikallishoitojen ja pesuai-neiden käyttö tulee lopettaa.

Kihomadot ovat aikuisilla harvinainen mut-ta varsinkin lapsiperheissä mahdollinen kuti-nan syy. Perianaalisella iholla esiintyy tavallisia ihosairauksia, osa muusta ihosta poikkeavan näköisinä. Pagetin tauti eli intraepiteliaalinen adenokarsinooma on harvinainen pitkäaikaisen ihomuutoksen aiheuttaja peräaukolla (3).

TAULUKKO 2. Peräpukamien luokitus.

I asteen pukamat	Eivät työnny esiin ponnistaessa mutta vuotavat verta.
II asteen pukamat	Työntyvät esiin ponnistaessa mutta vetäytyvät itsestään takaisin anaalikanavaan.
III asteen pukamat	Työntyvät esiin ponnistaessa mutta ovat työnnettävissä takaisin anaalikanavaan.
IV asteen pukamat	Lepotilassakin sijaitsevat peräaukon ulkopuolella.

Poikkeavalta ihoalueelta kannattaa ottaa stanssilla tai veitsellä biopsia. Kutinan jatkues-
sa potilaan voi ohjata ihotautilääkärin vastaan-
otolle. Peräaukon alueen ihosairauksista on jul-
kaistu tuore katsaus Lääkärilehdessä (4).

Patti peräaukolla. Peräpukama voi olla jat-
kuvasti ulostyöntyneenä (IV aste) tunnettavis-
sa, mutta tavallisempaa on pukaman pullistu-
minen esiin ulostaessa.

Ponnistaessa esiin tuleva kiinteä kapea tai
pallopäinen vaalea muutos on anaalipolyyp-
pi. Anaalipolyyppi ei ole syöpäriski mutta se
aiheuttaa ulos työntyessään tuntemuksia ja
tuhrimista. Polyypin voi poistaa paikallispuu-
dutuksessa diatermialla tai laittamalla sulava
ommel polyypin tyveen. Kapeakantaisen po-
lyypin poisto onnistuu hyvin vastaanotolla.

Papilloomavirusinfektio aiheuttaa peräau-
kolle kondyloomia, jotka hoidetaan ensisijai-
sesti paikallishoidoin (imikimodi, podofyllo-
toksiini). Tarvittaessa konsultoidaan ihotautien
erikoislääkärinä. Papilloomavirusinfektioon liit-
tyvät dysplasiamuutokset eivät aina ole syylä-
mäisiä, joten epätyypillisistä ihomuutoksista
tulee ottaa biopsia.

Anaalifistelin ulkosuun ympärille muodos-
tuu granulaatiokudoksesta pieni kohouma.
Potilas ohjataan kirurgian ajanvarauspoliklinik-
kaan leikkaushoidon suunnitteluun.

Sisäiset peräpukamat

Sisäiset peräpukamat luokitellaan sen mukaan,
miten ne käyttäytyvät ponnistaessa (**TAULUK-
KO 2**). Oireettomia peräpukamia ei tarvitse
hoitaa lainkaan. Oireilevien pukamien hoitoon
käytetään oireita lievittäviä hoitoja, paikallisia
pukaman hoitomenetelmiä ja varsinaisia leik-
kaushoitoja. Ensilinjan hoito kaikkiin peräpu-

kamiin on ponnistelun välttäminen, ulosteen
pehmentäminen ja tarvittaessa lyhytaikainen
paikallishoitovalmisteiden käyttö. Oireiden
jatkuessa ligeeraushoito on tehokas I–II (III)
asteen pukamien hoidossa (**KUVA 2**).

Glukokortikoidia ja paikallispuudutetta si-
sältävien voiteiden tai peräpuikkojen käyttö
alle viikon kuureina saattaa lievittää kutinaa ja
epämiellyttävää tuntemusta pukamien oireil-
lessa, vaikka tutkimusnäyttö niiden tehosta on-
kin heikkoa. Pitkäaikainen tai toistuva käyttö
voi lykätä oikeaan diagnoosiin pääsemistä ja
aiheuttaa iho-oireita.

Ulosteen pehmentämiseen soveltuu kuitulisä
(psyllium) tai makrogoli joko jatkuvasti käytet-
tynä tai oireiden ilmaantuessa.

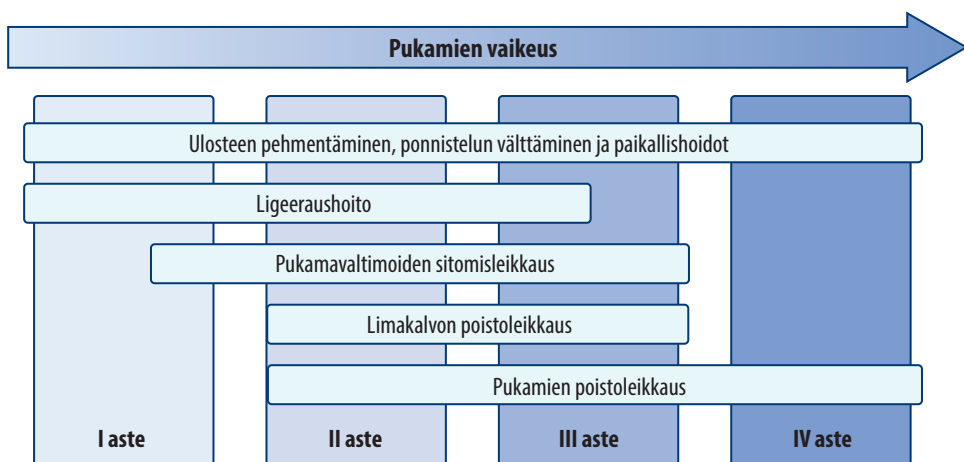
Ligeeraaminen silikonisilla lenkeillä on Suo-
messa eniten käytetty paikallinen hoitomenet-
elmä. Toimenpide on tarkoitettu tehtäväksi
vastaanottohuoneessa eikä vaadi suolen tyhjen-
nystä. Itse koen miellyttävämmäksi käytännön,
jossa potilas tyhjentää peräsuolen peräpuikolla
ennen vastaanotolle tuloa.

Proktoskoopin ja valolähteen lisäksi tarvi-
taan ligeerauslaite, joka nykyään yleensä on
kertakäyttöinen ja imuun kytkettävä. Avustava
henkilö nopeuttaa toimenpidettä. Toimenpide
on esitetty videona Lääkärin tietokannoissa
(5).

Ligatuurat eivät riitä vetämään pysyvästi pe-
räaukon ulkopuolelle luiskahtanutta pukamaa
takaisin sisään, joten ne eivät sovellu IV asteen
pukamien hoitoon. Verenvuotoa aiheuttavien
ja ulostaessa ulos luiskahtavien pukamien hoi-
dossa ne sen sijaan ovat ensisijainen hoito. Toi-
menpiteen tekeminen oireilevassa vaiheessa
mahdollistaa juuri oikean kohdan käsittelyn.

Ligatuurat eivät yleensä aiheuta sairauslo-
man tarvetta. Komplikaatiot kuten kova kipu
ja verenvuoto ovat harvinaisia (2–3 %) ja hoi-
to on toistettavissa noin kuukauden välein oi-
reiden jatkuessa. Jos ligatuura aiheuttaa kovaa
kipua heti asettamisen jälkeen, sen voi poistaa
kapeakärkisillä saksilla katkaisemalla. Yleensä
se on silloin asetettu liian alas tuntorajaan ja li-
nea dentataan nähdessä.

Mikäli oireilu jatkuu 2–3 ligeerauksesta huo-
limatta, harkitaan leikkaushoitoa. Vaikka lige-
eraushoito voidaan joutua uusimaan muutaman



KUVA 2. Oireisten peräpukamien hoito.

vuoden välein, potilaan toive voi olla oireiden hillitseminen toistuvilla ligeerauksilla leikkaukshoidon sijasta. Ligeeraushoidon kustannusvaikeus kirurgiseen hoitoon verrattuna on osoitettu paremmaksi kahdessa tuoreessa tutkimuksessa (6,7).

Leikkaushoitoa tarvitaan vain pienelle osalle oireisista pukamapotilaista. Leikkaustekniikoista vähiten uusimista esiintyy pukamien poistoleikkauksen jälkeen. Haittapuolena on kohtalainen leikkauksen jälkeinen kipu, johon käytetään tulehduskipulääkettä ja parasetamolin lisäksi usein heikkoa opioideja ensimmäisten 10–14 vuorokauden ajan, sekä keskimäärin 3–4 viikon sairausloman tarve. Uudempi leikkauksen menetelmä on limakalvon poistoleikkaus, jossa pukamat nostetaan ylemmäksi anaalikanavassa, jolloin prolaboituminen ja vuoto vähenevät. Pukamiin tulevien valtimoiden sulkeminen ompeleella dopplerin avulla yhdistettynä limakalvolle asetettavaan nosto-ompeleeseen soveltuu parhaiten toistuvasti vuotavien pukamien hoitoon. Näiden leikkauksen menetelmien etu on vähäisempi kipu ja lyhyempi sairausloman tarve. Sen sijaan uusiminen on selvästi tavallisempaa verrattuna pukamien poistoleikkaukseen (8).

Ihokielekkeet tai venyttynyt iho

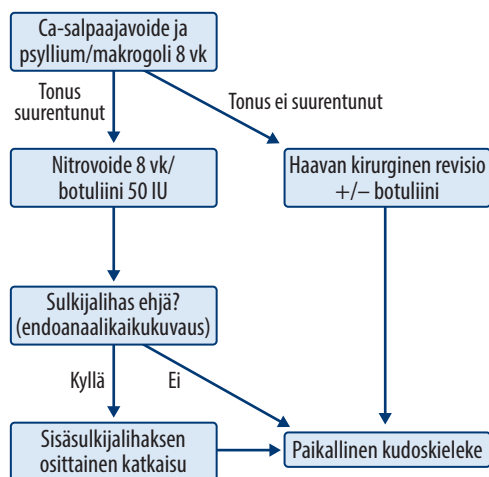
Ihokielekkeitä tai venyttyynyttä ihoa peräaukon ympärillä esiintyy suurimmalla osalla aikuisis-

ta. Pukamien venyntyminen trombosoitumisen, raskauden tai synnytyksen aikana jättää jälkensä peräaukolle. Ihokielekkeet eivät vuoda verta tai aiheuta terveyshaittaa, mutta ne voidaan kokea epähygieenisiksi tai epäesteettisiksi. Kielekkeiden poistaminen on mahdollista paikallispuudutuksessa tai anestesiassa, mutta riskinä on hidastunut paraneminen, kiristävä arpi ja peräaukon ahtautuminen. HUS Vatsakeskuksessa pelkät ihokielekkeet eivät ole leikkauksaihe.

Peräaukon haavauma

Peräaukon haavauman hoito tulee aloittaa heti ensimmäisellä lääkärikäynnillä. Potilaila esiintyy erittäin kovaa kipua ulostaessa ja jopa tunteja sen jälkeen, ulostamiseen liittyy kirkasta verenvuotoa ja tutkittaessa peräaukko on jännittynyt. Peräaukkoa levittämällä haavan voi nähdä tyypillisellä paikalla keskiviivassa tai tuntea varovaisesti tuseeraamalla. Proktoskopia ei onnistu kivun vuoksi.

Mikäli haavaumaan ei liity lainkaan kipua, haavauma on poikkeuksellisen suuri tai syvä tai se sijaitsee muualla kuin keskiviivassa, voi syynä olla Crohnin tauti, syöpä tai infektio. Potilas ohjataan kiireellisesti kirurgian ajanvarauspoliklinikkaan. Useat samanaikaiset haavaumat epätyypillisissä paikoissa voivat liittyä myös HIV-infektioon tai muihin sukupuoliteitse leviäviin tauteihin.



KUVA 3. Peräaukon haavauman hoitopolku.

Kalsiumsalpaajavoide sekä samanaikainen ulosteen pehmentäminen on ensisijainen hoito. Apteekissa sekoitettavia ex tempore -voiteita valmistetaan diltiatseemista ja nifedipiinistä. (TAULUKKO 2) Nitrovoide on yhtä tehokas mutta kalliimpi ja siihen liittyy haittavaikutuksena päänsärky. Puuduttavaa lidokaiinigeeliä voi käyttää kivun hoitoon. Potilaalle tulee kertoa, että kipu hellittää vasta viikkojen voidehoidon jälkeen. Voide annetaan peräaukon sisäpuolelle noin 2–3 cm:n syvyyteen. Voidehoidon kahdeksan viikon kestoa korostetaan, koska tavallinen syy hoidon epäonnistumiseen on käytön lopettaminen oireen helpottaessa. Mikäli seurannassa haava ei ole parantunut ja potilas ohjataan kirurgian ajanvarauspoliklinikkaan jatkohoitoon, on järkevää jatkaa joko samalla tai toisella voiteella odotusaikana. Osa potilaisista hyötyy pidemmästä hoidosta (KUVA 3).

Botuliinin teho on samaa luokkaa voidehoidon kanssa. Sitä voidaan käyttää voidehoidon epäonnistuttua tai sen sijasta. Oma käytäntö on kokeilla ensin voidehoitoa, johon ei liity infektiokomplikaatioiden riskiä. Botuliini (50 U laimennettuna 0,5–1 ml keittosuolaa) pistetään vastaanotolla sisäsulkijalihakseen ohuella neulalla kahdessa erässä keskiviivan kummallekin puolelle haavaa vastapäätä.

Lateraalisen sfinkterotomian eli sisemmän sulkijalihaksen alaosan katkaisun jälkeen jopa 95 % haavaumista paranee. Toimenpide on

tehtävissä myös paikallispuudutuksessa. Toimenpiteeseen liittyy kuitenkin noin 4 %:n riski pysyvästä lievästä, lähinnä kaasuinkontinenssista (9).

Haavan kirurginen revisio yhdessä tai ilman botuliinihoitoa tehoaa, jos haava on parantunut vain osittain ja onkalomuodostus ylläpitää jatkuvaa oireilua.

Paikallinen ihokieleke haavan peittämiseksi terveellä kudoksella tehdään, jos haava ei parane sfinkterotomian jälkeen tai kun haavauma liittyy laskeumalöydöksiin eikä sulkijalihaksen tonus alunperinkään ole suurentunut (9,10).

Peräaukon paiseet

Peräaukon seudun paiseista suurin osa on lähtöisin anaalirauhasten tulehduksesta, loput sinus pilonidalis -käytävistä, ihon rauhasen tulehduksesta ja Crohnin taudin fisteleistä. Anaalirauhasista lähtöisin olevien paiseiden sijainti ja sen myötä oireilu vaihtelee lievästä kivusta ja pullotuksesta peräaukon vieressä kovaan kipuun ja septisiin oireisiin.

Perianaalipaiseet avataan kirurgisesti. Yleensä toimenpide tehdään leikkaussalissa yleisanestesiassa tai spinaalipuudutuksessa, jotta syvemmälläkin sijaitseva kertymä saadaan tyhjennetyksi. ”Epäkypsiä”, mikrobilääkkeillä hoidettavia paiseita ei ole, vaan kyse on joko korkeammalla sijaitsevasta märkäkertymästä tai pehmytkudosinfektiosta ilman märkäkertymää. Paise-epäily lähetetään päivystyksenä kirurgiseen arvioon.

Iholta lähtöisin olevat pinnalliset paiseet ja sinus pilonidaliksen paiseet sen sijaan ovat usein avattavissa paikallispuudutuksessa.

Noin joka kolmannelle kehittyy perianaalipaiseen jälkeen anaalifisteli eli krooninen tulehduskäytävä peräaukokkanavasta iholle. Ihoaukosta erittyy märkää tai veristä vuotoa, se voi myös ajoittain sulkeutua itsestään. Hoito on kirurginen ja riippuu fistelin kulusta sulkijalihaksiin nähden (11).

Lopuksi

Peräaukon seudun tavallisten sairauksien diagnosoimisessa potilaan ensin kohtaava lääkäri

on avainasemassa. Oireet ovat tavallisia ja suurin osa vaivoista on hoidettavissa yleislääkärin keinoin.

Nykyaikainen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen sairauskertomusjärjestelmä mahdollistaa kuvien siirtämisen, reaaliaikaiset konsultaatiot ja digitaalisen viestinnän potilaan kanssa. Tulevaisuudessa entistä suurempi osa peräaukon vaivoista voidaan hoitaa ensikontaktissa terveydenhuoltoon ilman viivettä ja lisätutkimuksia. ■

SINIKKA SALMENKYLÄ, LL, kirurgian ja gastrokirurgian erikoislääkäri, osastonlääkäri
HUS Vatsakeskus

SIDONNAISUUDET

Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Takeda)

VASTUUTOIMITTAJA

Merja Laine

Ydinasiat

- » Jokainen peräaukon seudun oireita valittava potilas on tutkittava tuseeraamalla ja proktoskopiolla.
- » Peräsuoliverenvuodon selvittelyssä tarvitaan usein kolonoskopiaa.
- » Peräaukon oireiden taustalla oleva syy on yleensä vaaraton, mutta oireilu voi huonontaa voimakkaasti elämänlaatua.
- » Peräpukamien ja peräaukon haavauman hoidossa tarvitaan harvoin kirurgiaa.
- » Suurin osa vaivoista voidaan hoitaa ulos-teen kiinteyttä muokkaavilla tai paikallisesti vaikuttavilla lääkkeillä.

KIRJALLISUUTTA

1. Hillman RJ, Berry-Lawhorn JM, Ong J, ym. International anal neoplasia society guidelines for the practise of digital anal rectal examination. J Low Genit Tract Dis 2019;23:138–46.
2. Österlund P, Lepistö A, Järvinen HJ. Koolonkarsinoma. Duodecim 2009;125:619–28.
3. Koskenmies S, Kolehmainen M, Juteau S ym. Ekstramammaarinen Pagetin tauti. Duodecim 2018;134:1699–706.
4. Hieta N, Voutilainen M. Tuli hänen alla. Peräaukon ympäristön iho-ongelmat. Suom Lääkäril 2019;74:1421–32.
5. Kunnamo I, Kunnamo A, Pohjonen S. Peräpukamien kumirengashoito [video]. Lääkärin tietokannat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2014.
6. Brown SR, Tieman JP, Watson A, ym. Haemorrhoidal artery ligation versus rubber band liagation for the management of symptomatic second-degree and third-degree haemorrhoids (HubBLE): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. Lancet 2016;388:356–64.
7. Coughlin OP, Wright ME, Thorson AG, ym. Hemorrhoid banding: a cost-effectiveness analysis. Dis Colon Rectum 2019;62:1085–94.
8. Brown SR. Haemorrhoids: an update on management. Ther Adv Chronic Dis 2017;8:141–7.
9. Nelson RL, Manuel D, Gumienny C, ym. A systematic review and meta-analysis of the treatment of anal fissure. Tech Colo-proctol 2017;21:605–5.
10. Brown SR, Taylor A, Adam JJ, ym. The management of persistent and recurrent chronic anal fissures. Colorectal Dis 2002;4:226–32.
11. Kairaluoma M. Anaaliabsessi ja -fisteli. Duodecim 2019;135:759–65.

SUMMARY

Common proctological complaints

Every patient complaining "hemorrhoids" needs to be carefully examined. The term is used to describe a variety of symptoms, some due to anal fissures, skin conditions or tumors. Diagnosis can usually be made on the basis of medical history and careful proctologic examination. With rectal bleeding a colonoscopy is often needed to rule out a tumor or inflammatory disease. First-line treatment for hemorrhoids and fissures is a combination of stool-softeners, strain avoidance, and local medication. Ligation is a cost-effective treatment for grade 1-3 hemorrhoids. Small fraction of patients with symptomatic hemorrhoids or anal fissure need surgical treatment.